

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

AFRONTAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN MUJERES CON DISPLASIA CERVICAL EN LIMA

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la bachiller:

MARÍA PAZ LANCHO BANCES

ASESORA: VIVIANA TRIGOSO OBANDO

LIMA, 2018

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo describir la relación entre las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia percibida en un grupo de 50 mujeres de 19 a 60 años ($M=37.16$, $DE=10.98$) diagnosticadas con displasia cervical que reciben tratamiento en un instituto especializado de Lima. Para ello, se utilizó el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE) de Carver, Schreier y Weintraub (1989) y la escala de autoeficacia de Baessler y Schwarzer (1996). Se encontró una relación positiva entre la autoeficacia y las estrategias de *afrontamiento activo*, *planificación*, *aceptación*, *reinterpretación positiva* y *crecimiento y uso del humor*. Además, se encontraron diferencias significativas en función a la edad de las participantes en la autoeficacia percibida, y las estrategias de *afrontamiento activo*, *reinterpretación positiva y crecimiento* y *acudir a la religión*.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, Autoeficacia, Displasia cervical

Abstract

The aim of this study was to describe the relationship between coping strategies and self efficacy in a group of 50 women between the ages of 19 and 60 ($M=37.16$, $DE=10.98$) diagnosed with cervical dysplasia and currently in treatment. Thus, the spanish version of the General self efficacy Scale (GSE) of Baessler and Schwarzer (1996), and the Cope inventory of Carver, Schreier & Weintraub (1989) were used. Positive and significant correlations were found between self efficacy and the following coping strategies: *active coping*, *planning*, *acceptance*, *positive reinterpretation* and *humor*. Also, according to the age of the participants, there were found significant differences in self-efficacy and strategies such as *active coping*, *positive reinterpretation* and *religion*.

Key words: Coping strategies, Self efficacy, Cervical dysplasia

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	9
Participantes	9
Medición	10
Análisis de datos	12
Resultados	15
Dsicusión	17
Referencias	25
Apéndices	41
Apéndice A: Consentimiento Informado	43
Apéndice B: Ficha de datos	44
Apéndice C: Características sociodemográficas	45
Apéndice D: Análisis de confiabilidad	46
Apéndice E: Prueba de normalidad Shapiro-Wilk	47

Agradecimientos

Un agradecimiento muy especial a las 50 mujeres que me ayudaron con su participación, por permitirme conocerlas y escucharlas.

A mi familia, por su inmenso amor y confianza en mí. Gracias a los tres por siempre estar ahí.

A Viviana, por ayudarme a plasmar mis ideas y motivaciones en este trabajo de la mejor manera.

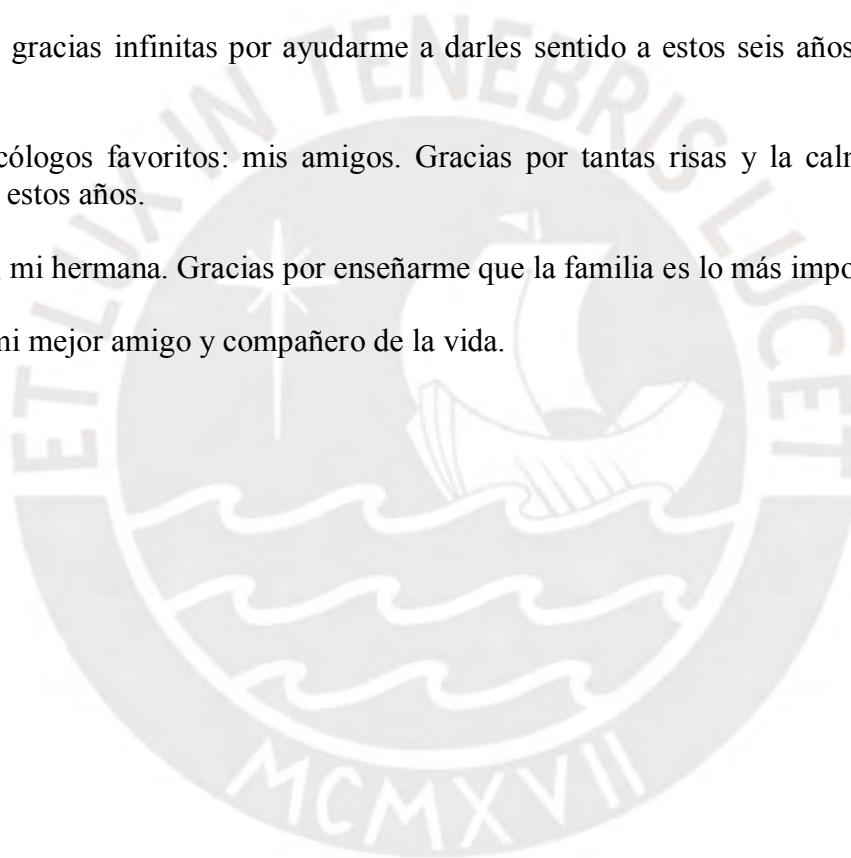
A Jose Carlos Sánchez, por ayudarme a ponerle Forma y Color a este proyecto; a Patricia Barrig, por su maravillosa escucha y consejos en tantas conversaciones; a Lourdes Ruda, gracias por ser tan gran maestra; y a Paula Ramos, por sus valiosos comentarios.

A Mónica, gracias infinitas por ayudarme a darles sentido a estos seis años, semana a semana.

A mis psicólogos favoritos: mis amigos. Gracias por tantas risas y la calma que me trajeron en estos años.

A Mariafé, mi hermana. Gracias por enseñarme que la familia es lo más importante.

A Diego, mi mejor amigo y compañero de la vida.



El cáncer de cuello uterino (CCU) agrupa todo el conjunto de neoplasias malignas que surgen y se desarrollan en la zona fibro-muscular inferior del útero (Kumar et al, 2009). A nivel citológico, se sabe que esta condición se desarrolla a partir de células infectadas por algún tipo de virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo (Lees, Erickson & Huh, 2016). Antes de que las células infectadas por VPH lleguen a ser cancerígenas, pasarán por una fase de transformación, usualmente extensa, conocida como displasia cervical (Solomon et. al, 2002).

Según el último GLOBOCAN, el CCU se posiciona como el cuarto tipo de cáncer más común en el mundo, reportándose 528 mil casos nuevos por año (OMS, 2012). Si bien la incidencia mundial ha ido disminuyendo progresivamente en los últimos cuarenta años, en América Latina y el Caribe el descenso no ha sido tan significativo como en otros continentes (Lewis, 2004). Así, se sabe que en Latinoamérica las tasas de mortalidad por CCU son tres veces más elevadas que en el resto del mundo, y se cree que esta cifra podría aumentar hasta en un 45% para el año 2030 (OPS, 2013). Adicionalmente, se estima que, de toda la morbilidad generada por el CCU, el 85% pertenece a países en vías de desarrollo. (OMS, 2012).

En el Perú, el CCU es el tipo de neoplasia con mayor incidencia y ha permanecido como tal desde el año 2000 hasta la actualidad. Así, solo en el 2014, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas llegó a registrar 1 485 casos nuevos de personas que padecen esta enfermedad (INEN, 2014).

Por otro lado, respecto a la mortalidad, este tipo de cáncer ocupa el cuarto lugar por el número de defunciones que genera, llegando a 1 603 decesos al año aproximadamente, según la más reciente tasa ajustada de mortalidad por neoplasias. Ello equivale al 10.7% de mortalidad de todos los tipos de neoplasias en el Perú (OGEI-MINSA, 2011 en Ramos & Venegas, 2013).

En lo que refiere al costo económico que esto supone para el sistema de salud pública o privada, se estima que el presupuesto para cada tratamiento completo de CCU en un estadio avanzado rodea los setenta mil soles mínimamente (Bardales, 2015), sin sumarle a ello el costo de los años de vida perdidos que implica esta enfermedad (471.000 AVAD) (Lewis, 2004). Frente a esto, realizar la detección precoz de este cáncer mediante pruebas de laboratorio cuesta apenas ciento cincuenta soles (Bardales, 2015). Con ello, se observa que la prevención economiza costos a un nivel significativo, y disminuye la gravedad y mortalidad.

En ese sentido, el CCU es un tipo de neoplasia absolutamente prevenible y controlable en un tiempo adecuado, a un bajo costo y riesgo; siempre y cuando se cuente con un adecuado diagnóstico, tratamiento y seguimiento (Lewis, 2004; Ponten et al, 1995). Las pruebas de detección temprana de CCU tienen como objetivo identificar la displasia y están dirigidas, idealmente, a la población de mujeres asintomáticas.

Existen tres tipos de pruebas de detección: (1) La citología convencional, (2) las pruebas de detección de tipos de VPH de alto riesgo y (3) la aplicación de ácido acético (IVAA) (OPS, 2013).

La citología convencional, comúnmente conocida como Papanicolaou, estudia las células epiteliales con el fin de detectar anomalías morfológicas que podrían indicar señales de lesiones precancerosas o neoplasias malignas (Varela, 2005). Existe una vasta bibliografía que muestra cómo su práctica anual disminuye significativamente la incidencia y mortalidad por CCU (Parkin, Whelan, Ferlay, Teppo & Thomas, 2002). Así, en países que presentan un alto índice de desarrollo (como Finlandia, Suecia, Reino Unido), las mujeres muestran una mayor tendencia a realizarse un Papanicolaou anualmente, lo cual podría explicar la reducción en un 80% de CCU en dichos países (Ferlay et. al, 2008).

A pesar de esto, se sabe que muchas mujeres tienen una predisposición negativa hacia esta prueba. En efecto, diferentes estudios han encontrado que muchas mujeres suelen sentir vergüenza y miedo al dolor frente a la prueba de Papanicolaou, lo que podría incrementar la inasistencia a esta (Cerigo, 2012; Medrano, 2014; Aguilar et al, 2015). En lo que respecta al cáncer en mujeres hispanas, se ha encontrado que las actitudes fatalistas o negativas guardan una relación directa con prácticas deficientes en detección precoz (Simon, 2006; Ramírez, Suarez, Laufman, Barroso & Chalela, 2000; Chávez, Hubbell, Mishra & Valdez, 1997). Así, las actitudes negativas hacia la prueba de Papanicolaou serían un factor de vulnerabilidad, en la medida que representan una barrera hacia dicho procedimiento. Esto definitivamente es un problema, ya que reduce la asistencia y, con esto, las probabilidades de detectar el VPH en etapas tempranas.

El virus papiloma humano (VPH) refiere a un conjunto de aproximadamente cien tipos de virus, de los cuales trece son de alto riesgo para contraer cáncer (hrHPV). La carga genética de cada tipo de VPH influye directamente en su carcinogenicidad (Schiffman et. al, 2005). De todas las variantes, se conoce que los tipos VPH 16 y 18 son los más agresivos y causan del 60-70% de lesiones precancerosas (Porrás et. al, 2009; Schiffman et. al, 2007).

Este virus resalta por ser considerado como el más común de todos los transmitidos sexualmente y, a pesar de que algunas infecciones ocasionadas por el VPH se resuelven espontáneamente o con el tiempo, existe el riesgo de que ciertas variaciones de este virus desencadenen en lesiones pre cancerígenas o, más adelante, en CCU.

Se estima que, en mujeres con un sistema inmunológico estándar y funcional, el tiempo aproximado para que la infección por VPH progrese -hasta convertirse en CCU- toma de quince a veinte años (OMS, 2016). Si bien esto dejaría un periodo de tiempo prolongado para que una mujer cuente con múltiples oportunidades de prevenir esta enfermedad, tanto el conocimiento del VPH como la prevención del CCU son muy pobres en la población peruana (Mays et. al, 2000; Dell et. al, 2000; Lambert et. al, 2001; Pitts et. al, 2002; Agius et. al, 2010).

El progreso de este virus hasta consolidarse en CCU cuenta con una etapa intermedia conocida como Displasia Cervical (American Cancer Society, 2013). Esta se caracteriza por lesiones pre cancerosas en las células basales de la zona de transformación cervical.

De este modo, la persona con displasia presenta neoplasias cervicales intraepiteliales (NIC) que se clasifican en tres grados en función de su compromiso epitelial: NIC I, NIC II y NIC III. El sistema Bethesda (Salomón et al, 2001) clasifica la NIC I como lesiones de bajo grado, y las NIC II y NIC III como lesiones de alto grado que pueden alcanzar tumoraciones *in situ*.

Se sabe que la presencia del VPH es necesaria, pero no suficiente, para el desarrollo de la displasia cervical. En este sentido, existen ciertos determinantes que intervienen en la progresión de dichas lesiones y que incluso llegan a acelerar su curso. Entre ellos, son factores de riesgo una alimentación desbalanceada, un elevado consumo de sustancias alcohólicas, el tabaquismo, el uso de anticonceptivos hormonales, la falta de actividad física, etc. Asimismo, se sabe que la inmunosupresión y coinfecciones con VIH, chlamydia trachomatis y herpes simple tipo II son otros cofactores explicativos (OMS, 2016; Ramírez, 2014).

En Perú, una institución de salud especializada en cáncer reporta una cifra de 240 mujeres diagnosticadas con displasia cervical que se presentaron a recibir tratamiento continuo por esta condición entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2015. De ellas, ochenta y siete se encontraban en NIC I, ciento cuatro en NIC II, y cuarenta y nueve en NIC III. Estas cifras son manejadas de manera interna por la institución y no han sido publicadas hasta el momento (INEN, comunicación personal, octubre del 2016).

El tratamiento de la displasia cervical dependerá del grado de la NIC. Para la NIC I, se programan controles semestrales en un lapso de dos años, destinados a administrar nuevos exámenes de citología y observación de dichos resultados. En caso persistieran las lesiones, se procede al tratamiento Cono LEEP (una forma de biopsia especializada). En el caso de las NIC II y III, se recomienda el LEEP (escisión electro quirúrgica con asa) o la crioterapia (congelamiento de células anormales). Estos tratamientos son los más recomendados y reconocidos en el sistema de salud peruano (ESSALUD, 2011).

Por ello, una mujer con displasia requiere asistencia periódica a un centro de salud, ya sea para pasar por controles semestrales citológicos o para someterse a procedimientos quirúrgicos que pueden resultar bastante invasivos. En este sentido, no está de más resaltar que tanto el impacto del diagnóstico como el tratamiento de la displasia suelen traer diferentes repercusiones importantes a nivel de salud mental en estas mujeres.

Algunos estudios encuentran que las mujeres con displasia reportan muchas preocupaciones relacionadas a (1) la salud, en términos de evolución de la enfermedad (Ashing-Giwa et. al, 2004) y (2) malestar y dolor (García et. al, 2011; Ashing-Giwa et. al, 2004).

Por otro lado, múltiples estudios enfatizan la estrecha relación entre la vivencia de la infección por VPH y estresores psicológicos asociados a (1) la sexualidad, (2) la infidelidad y (3) creencias religiosas (Bertram & Magnussen, Castro & Arellano, Phonrat et. al, en Freijomil 2014). En lo que refiere a la sexualidad, se ha encontrado que las preocupaciones van desde el miedo a la esterilidad hasta la disminución de atractivo, libido y temor de contagiar a la pareja (Nagele et al, 2016; Cendejas, 2014). Por otro lado, León, Allen & Lazcano (2014) encuentran que, para varias mujeres, un resultado positivo de VPH implica evidencia de que la pareja ha sido infiel; y para algunas de ellas, haber obtenido un resultado de VPH positivo ocasionó una situación de violencia doméstica por parte de sus parejas. Al respecto, Vidal (2002) señala que, aceptar una enfermedad que ha sido transmitida sexualmente, pone en riesgo ciertos vínculos estrechos; y, con el fin de no dañarlos, se llegan a actuar conductas con el fin de encubrir información (Vidal, 2002 en Castro & Arellano, 2013). Por su parte; Karasz, McKee & Roybal (2003) identifican que algunas mujeres infectadas con VPH asociaban dicha infección a sentimientos de miedo y vergüenza por su “mal/ inmoral comportamiento” y múltiples parejas sexuales. Preocupaciones como estas podrían resultar angustiantes y amenazadoras para la persona que las experimente.

Lazarus & Folkman (1986) formulan que, ante una situación problemática, la persona evalúa si existe una amenaza a su bienestar. Mientras más nocivo se perciba el problema, se activaran mayores niveles de estrés en el individuo, quien comenzará a movilizar una serie de respuestas para afrontar o combatir el daño. Así, el estrés sería el resultado de una evaluación de la relación persona-ambiente, que puede ser de dos tipos. La primaria determina si existe una amenaza potencial del bienestar; y la secundaria estima y organiza las formas de afrontar el daño. Luego de estas dos evaluaciones, se da paso al afrontamiento. En resumen, estos autores enfatizan que, en la interacción con estresores ambientales, la persona evaluará tanto las demandas externas, como sus recursos para responder a ellas; y, si es que las primeras predominan a las segundas, el individuo experimentará malestar.

El afrontamiento es un proceso dinámico, mediante el cual un individuo intenta manejar demandas del ambiente y sus propias emociones, tras haber evaluado algo como una amenaza (Lazarus & Folkman, 1986). Estos autores enfatizan que la comprensión del afrontamiento debe darse desde la triada estrés, emoción y afrontamiento, ya que sería reduccionista entender este último como una mera respuesta ante la emoción. Más adelante, se conceptualiza el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar una demanda externa o interna específica (o el conflicto entre ellas), caracterizada por exceder los recursos de la persona (Lazarus, 1991).

Carver, Scheier y Weintraub (1989) proponen la existencia de ciertas técnicas y formas específicas a las que una persona recurre cuando se encuentra envuelta en una situación estresante, y las denominan estrategias de afrontamiento. Originalmente, estas eran trece: (1) *afrontamiento activo*, como el proceso de iniciar y aumentar esfuerzos y acciones concretas para reducir los efectos de una situación estresante. (2) *planificación*, como la elaboración de una estrategia para manejar un problema de la mejor manera. (3) *supresión de actividades competentes*, como pausar otros proyectos de lado para evitar distracciones; (4) *restricción del afrontamiento*, como los esfuerzos para no actuar prematuramente, y esperar la situación apropiada para lidiar con el estresor. (5) *búsqueda de soporte social por razones instrumentales*, como la búsqueda de consejos, asesoría o información; mientras que (6) *búsqueda de soporte social por razones emocionales*, como la búsqueda de la simpatía y el entendimiento de un otro. (7) *reinterpretación positiva y crecimiento*, como el intento de manejar emociones estresantes y darles un nuevo sentido en lugar de lidiar con el estresor inicial. (8) *enfocar y liberar emociones*, como la tendencia a concentrarse en la fuente del estrés y liberar las emociones que le

corresponden a dicho malestar. (9) *aceptación*, como la capacidad de reconocer la existencia de un estresor que difícilmente puede cambiar, y los intentos de acomodarse a este; mientras que (10) *negación* refiere a ignorar o negar la realidad del evento estresante, lo que puede ayudar a minimizar el distrés, o bien empeorar la gravedad del problema. (11) *desentendimiento conductual*, como una estrategia disfuncional que implica reducir esfuerzos para lidiar con el estresor y evitar otros logros que se vean influenciados por este, mientras que el (12) *desentendimiento cognitivo* ocurre al incorporar actividades distractoras con el fin de evitar que el estresor no interfiera a nivel de pensamiento. Por último, (13) *acudir a la religión*, refiere como una táctica para emplear la religión en momentos de estrés. Se dice que con esto, una persona podría: conseguir soporte emocional, un vehículo para la reinterpretación y crecimiento, o una forma de afrontamiento activo. Un tiempo después, los autores optaron por adicionar las estrategias de (14) *uso de alcohol y drogas* como estrategia que busca reducir el estrés a partir de sustancias psicoactivas y (15) *uso del humor*, que serían los intentos de aligerar el problema para disminuir el estrés (Carver et al, 1989).

Es importante señalar que una estrategia de afrontamiento es el resultado de un aprendizaje basado en experiencias personales, valoraciones y revaloraciones (Lazarus, 1990). Por su parte, Kleinke (2002) señala que una persona se beneficiará más de la combinación de diferentes estrategias ante una situación cotidiana.

El afrontamiento ha sido un constructo vastamente estudiado en pacientes crónicos (Lee, Ham & Kim 2001; Reynolds, Mrug, Wolfe, Schwebel & Wallander, 2016) y se cree que un adecuado afrontamiento predispondría la adherencia al tratamiento y adaptación a la enfermedad (Kyngäs et. al, 2001; Rubin & Tripsas, 2010; García et. al, 2011; Baiocchi, Lugo, Palomino & Tam, 2013; Bellinger, Millerga & Abdalla, 2014). Si bien las estrategias se consideran más o menos volubles según las diferentes situaciones, ciertos autores sostienen que cuando una persona enferma, se reduce la flexibilidad en el uso de sus respuestas de afronte y estas llegan a resultar menos adaptativas (Martin & Brantey, 2002; Miller, 2000 citados en Casaretto & Paredes, 2006).

En lo que refiere a la enfermedad oncológica, se ha encontrado que las estrategias “activas” predicen un mayor ajuste (Kyngäs et. al, 2001; Rubin & Tripsas, 2010; García et, al, 2011) y quienes, además de emplearlas, se perciben autoeficaces muestran menor ansiedad y estrés, a comparación de aquellos que emplean estrategias caracterizadas por evitar el estresor y las emociones (Billings & Moos, 1981; Holahan & Moos, 1987 citados en Kleinke, 2002; Doménech, 2006).

Bandura (1999) describe la autoeficacia percibida como la creencia de que contamos con capacidades para poder manejar e influir en los resultados de una situación desafiante. Esta creencia genera la sensación de tener mayor control sobre las circunstancias problemáticas y, por ende, tendrá repercusiones importantes en diferentes procesos, como el pensamiento, la afectividad y la motivación.

Se sabe que la autoeficacia es un predictor de la motivación para actuar y predispone a los individuos a elegir y mantenerse en tareas más desafiantes (Locke & Latham, 1990 citados en Schwarzer & Fuchs, 1995). Por su parte, Bandura (1977) describe que las personas con elevada autoeficacia tienden a invertir más esfuerzo y logran mayor persistencia a comparación de aquellos con baja autoeficacia.

Schwarzer & Fuchs (1995) hacen hincapié en que la autoeficacia no se trata de optimismo voluble, irrazonable o fantasioso, sino de una creencia sólida basada en la acumulación de experiencias de éxito que confirman las propias capacidades. Así también lo señala Bandura (1982 en Bandura, 1999), cuando menciona que la fuente más importante de autoeficacia son las experiencias de dominio en situaciones de superación.

Lev (1997) encuentra que la autoeficacia resulta un buen predictor de conductas de prevención de cáncer: detección temprana, ajuste al diagnóstico y adherencia al tratamiento. Por ejemplo, Egbert & Parrot (2001) hallaron que la autoeficacia de las mujeres latinas en torno a realizarse autoexámenes de mama aumenta al conocer que sus pares realizan dicha práctica preventiva.

Por último, se sabe que la autoeficacia tiene un papel significativo en la habilidad de las personas para afrontar el estrés generado por el diagnóstico y el tratamiento oncológico (Telch & Telch, 1986; Cunnungham, Lockwood & Cunningham, 1991 citados en Heitzmann, 2001). Esto resulta importante si se toma en cuenta que, en el Perú, la motivación para realizarse un Papanicolaou es frenada cuando la persona percibe que las barreras de un futuro tratamiento de displasia son mayores que sus capacidades percibidas (Paz-Soldán y colaboradores, 2008)

La relación entre estrategias de afrontamiento y autoeficacia ha sido estudiada en diferentes poblaciones, siendo varios los estudios que encuentran una fuerte relación entre ambos constructos (Chwalisz & Altmer, 1992; Yang et. al, 2010). Así, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento activas están asociadas a una elevada autoeficacia en estudiantes universitarios, población penitenciaria, escolares, etc. (Devonport et. al, 2003; Devonport & Lane, 2004; Brocos, 2016).

Es importante señalar que estos constructos son cada vez más usados en diferentes poblaciones peruanas que analizan su relación con variables sociodemográficas como la edad (Rodríguez, 2017; Zamorano, 2017; Becerra & Otero, 2013; Obando, 2012.), la existencia de una pareja estable (Rodríguez, 2017; Brocos, 2016; Rojas, 2016), el grado de instrucción (Rodríguez, 2017; Brocos, 2016; Obando, 2012) y el tiempo de diagnóstico (Rodríguez, 2017; Medina, 2017; Becerra & Otero, 2013; Cassaretto, 2006).

A partir de todo lo mencionado, la presente investigación se enfoca en un grupo de mujeres diagnosticadas con displasia cervical que reciben tratamiento. Dicha población resulta de especial interés porque (1) representa un eslabón importante en la prevención de CCU (2) ha sido muy poco explorada y (3) presenta fuertes estresores psicosociales que podrían amenazar su bienestar y salud mental (diagnóstico, tratamiento, riesgo aumentado a desarrollar CCU, sexualidad, etc.). En ese sentido, resulta de gran importancia conocer cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento con el nivel de autoeficacia percibido, ya que podría darnos luces acerca de algunos recursos que utilizan para adaptarse a su situación.

Por estos motivos, el objetivo general de la presente investigación es estudiar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia percibida en un grupo de mujeres diagnosticadas con displasia cervical que reciben tratamiento para el mismo. Asimismo, se pretende describir cómo los constructos principales varían de acuerdo a condiciones sociodemográficas como edad, nivel de instrucción, existencia de una pareja estable y tiempo de enfermedad. La presente investigación podría contribuir a conocer algunos de los recursos que esta población despliega en su labor de prevenir el tipo de cáncer más incidente en el Perú. Para este propósito se empleó un diseño cuantitativo que se realizará en un momento único.

Método

Participantes

La muestra estuvo conformada por cincuenta mujeres diagnosticadas con displasia cervical que reciben tratamiento en un instituto oncológico de Lima. Ellas fueron contactadas al momento que esperaban una cita médica en el módulo de ginecología.

La edad de las participantes osciló entre los 19 y los 60 años ($M=37.16$, $DE=10.98$) y la mayoría de ellas residían en Lima (74%), mientras que un pequeño grupo provenía de zonas del interior del país (26%). Del total de la muestra, el 82% contaba con grado de instrucción alto (desde secundaria completa hasta estudios superiores) y el 18% con grado de instrucción bajo (primaria y/o secundaria incompleta). Además, el 68% reportó tener una pareja estable, mientras que un 32%, no. Finalmente, el 80% refirió tener hijos, y el resto no.

En lo que refiere a su condición médica, el 42% presentaba NIC III, otro 42% NIC II y un 14% NIC I. Además, el tratamiento más frecuente resultó el cono LEEP (28%). El tiempo de enfermedad osciló entre los dos y doscientos veintiocho meses ($M=26.29$, $DE=43.93$). A pesar de que ninguna participante contaba con un diagnóstico oncológico adicional, el 8% refirió haber tenido otros diagnósticos médicos importantes (dos casos de depresión, un caso de bipolaridad y un caso de VIH).

Esta investigación contó con los permisos del Comité de Ética y el Comité de Investigación de la institución, así como la aprobación del Departamento de Ginecología. Se contactó a las participantes de manera individual mientras esperaban una cita control en el módulo de ginecología. Se les explicó el objetivo de la investigación, al cual dieron un consentimiento informado (Apéndice A) y se les indicó de manera oral las instrucciones de las escalas, señalando que no habían respuestas correctas ni incorrectas y que, de ser el caso, podrían retirar su participación en el momento que desearan sin que ello repercutiera negativamente. Se tomó como criterio de inclusión a aquellas personas que contaban con habilidades de lectoescritura para leer la ficha de datos (Apéndice B) y los cuestionarios (primero se aplicó el COPE y posteriormente la EAG).

Posterior a la aplicación de los instrumentos se les preguntó a las participantes cómo se habían sentido respondiendo las preguntas, a modo de abrir un espacio de escucha y diálogo que permitiera idealmente el reconocimiento, expresión y contención de emociones de las participantes. Además, se les brindó información acerca del servicio gratuito de psicología (número de teléfono, horarios de atención y la ubicación de la oficina). Tras la recolección de datos, se verificó que lo reportado por cada participante

coincidiera con la información correspondiente a su historia clínica. Esto incluyó las enfermedades previas, si es que contaban con antecedentes oncológicos, grado de displasia, tratamiento que recibe para la displasia cervical y tiempo de enfermedad.

Medición

Para medir el constructo de **afrontamiento** se utilizó el Inventario de Estimación de Afrontamiento COPE en la versión disposicional adaptada por Cassaretto y Chau (2016). La versión original de este instrumento fue diseñada por Carver et al (1989) con el objetivo de identificar los diversos estilos de afrontamiento que las personas emplean frente a situaciones estresantes. La prueba constaba de 52 ítems, con formato de respuesta Likert, cuyo puntaje va del 1 al 4; donde “1” corresponde a *Casi nunca lo hago* y “4” a *Hago esto con mucha frecuencia*.

Los ítems se agruparon en 13 escalas que miden diferentes estrategias de afrontamiento. Estas estrategias responden a 3 estilos de afrontamiento: (1) centrado en el problema, donde se encuentran las estrategias de afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades competentes, postergación del afrontamiento y búsqueda de apoyo social por razones instrumentales (2) centrado en la emoción, que incluye las estrategias de búsqueda de apoyo social por razones emocionales, aceptación, la reinterpretación positiva y crecimiento, focalización en las emociones y acudir a la religión (3) Otros estilos de afrontamiento que incluyen negación, desentendimiento conductual y desentendimiento mental (Carver et al, 1989). Esta prueba cuenta con dos versiones que evalúan el afrontamiento situacional o el disposicional.

La confiabilidad se obtuvo por medio del coeficiente de alpha de Cronbach, cuyo valor osciló entre .60 y .92 para cada estrategia. Sin embargo, la escala de desentendimiento cognitivo arrojó un valor de .45. El procedimiento test-retest se llevó a cabo después de 8 semanas, y se hallaron valores entre .46 y .86 (Carver et al, 1989).

Posteriormente, los autores optaron por adicionar una nueva escala que midiera el uso de alcohol y drogas a través de un solo ítem, lo que dio paso a que la prueba tuviera 53 ítems y 14 escalas (Carver et al, 1989). Luego, se agregaron 3 ítems más para la escala de *uso de alcohol y drogas*; y 4 ítems para una nueva escala llamada *uso del humor*. Esto resultó en la tercera versión del COPE, conformada por 60 ítems y 15 escalas (citado en Kallasmaa & Pulver, 2000).

En Perú, la versión de afrontamiento disposicional fue adaptada por Casuso (1996) en una población de 817 estudiantes universitarios, encontrando que el alfa de

Cronbach oscilaba entre .40 y .86. Asimismo, se llevó a cabo un análisis factorial donde se redistribuyeron algunos de los ítems. Esto resultó en el “Inventario Cope reorganizado” (Casuso, 1996).

Dicho inventario reorganizado ha sido utilizado en población universitaria en numerosas ocasiones, repitiendo un adecuado funcionamiento en el contexto peruano. En esta línea, Chau (1999) aplicó el instrumento en un grupo de 440 participantes, donde obtuvo un alfa de Cronbach entre .61 y .89, a excepción de desentendimiento cognitivo que puntuó con .44. Años más tarde, la misma autora utilizó el mismo inventario en una población de 1162 estudiantes, encontrando un alfa de Cronbach entre .50 y .90 (Chau, 2004). Asimismo, Torrejón (2011) aplicó la escala en un grupo de 194 estudiantes universitarios migrantes y no migrantes, obteniendo un alfa de Cronbach entre .73 y .81

Además, este instrumento también ha sido utilizado en otras poblaciones peruanas. Por ejemplo, Paredes (2005) trabajó con pacientes con insuficiencia renal crónica terminal, obteniendo indicadores de consistencia interna para la mayor parte de las escalas, a excepción de *supresión de actividades competentes*, *restricción de afrontamiento* y *desentendimiento cognitivo*. Además, otra investigación con pacientes con bulimia nerviosa muestra coeficientes de alfa de Cronbach entre .61 y .91, a excepción de las escalas de *restricción del afrontamiento* y *desentendimiento cognitivo* (Romero, 2009).

En esta investigación, se utilizó la adaptación de Cassaretto y Chau (2016) quienes buscaban una nueva estructura que organizara las escalas de manera más estable y con mayor solidez teórica en la versión del COPE 60. Mediante un análisis factorial y revisión de otras fuentes, estas autoras confirman que el uso de este instrumento con 15 escalas resulta una medida sólida para evaluar las estrategias de afrontamiento mientras que el uso de estilos, no. Esta adaptación fue aplicada en población universitaria, y se encontró una mejora en los índices de confiabilidad, que puntuaron entre .53 y .91 para las estrategias de afrontamiento y entre .59 y .73 para los estilos de afrontamiento.

En el presente estudio, se realizó un análisis de consistencia interna para cada una de las 15 escalas (Apéndice F); y se encontró que el coeficiente alfa de Cronbach oscilaba entre .45 y .91. De todas las estrategias, solo cuatro son las que no alcanzan el punto recomendado como óptimo para una consistencia media (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Estas son *restricción del afrontamiento* (.45), *supresión de actividades competentes* (.53), *búsqueda de apoyo social por razones instrumentales* (.58) y *desentendimiento mental* (.45).

Para medir la **autoeficacia**, se utilizó la Escala de Autoeficacia General (EAG) en su versión adaptada por Alcalde (1998) a población peruana. La prueba fue creada por Schwarzer y Jerusalem en Alemania el año 1979. La versión original constaba de 20 ítems, número que fue reducido a 10 en el año 1981 (Schwarzer y Jerusalem, 1995). Los ítems tienen cuatro opciones de respuesta, que son: “incorrecto”, “apenas cierto”, “más bien cierto” y “cierto”. Estas opciones reciben una puntuación del 1 al 4 respectivamente, lo que lleva a que la puntuación mínima de la escala sea 10 y la máxima 40. El puntaje obtenido se interpreta en “autoeficacia baja” (10 a 26), “media” (27 a 35) y “alta” (36 a 40) (Luszczynska et al., 2005).

Se realizó una validación de la versión en español en Costa Rica, en una muestra de 959 estudiantes. En esa oportunidad, se agregaron 18 ítems distractores pertenecientes a otras escalas, combinándolos de manera aleatoria con los 10 ítems originales. Ello con la finalidad de evitar efectos acumulativos y de deseabilidad social, lo que idealmente aumentaría la confiabilidad del instrumento (Baessler, 1998, en Alcalde, 1998).

Para fines de la presente investigación, se utilizará la versión de la EAG adaptada por Alcalde (1998) quien empleó la versión española validada en Costa Rica. Esta autora aplicó el instrumento en una muestra de adolescentes de 17-20 años. En dicha oportunidad encontró propiedades psicométricas adecuadas, puntuando el alfa de Cronbach con .79. Con respecto a la validez, se llevó a cabo una correlación ítem-test (estableciéndose .2 como correlación mínima) y se encontró que cada ítem cohesionaba bien con el test. Además, se calculó el estadístico KMO con el fin de conocer si la muestra se adecuaba a un análisis factorial. Tras obtener un valor de .8, se llevó a cabo el análisis de factores que arrojó 2 factores, de los cuales solo se consideró el primero (contenía el 36% de la carga factorial) para resaltar la homogeneidad y unidimensionalidad de la escala.

La versión del instrumento que fue validado por Alcalde ha sido aplicada en Perú en distintas poblaciones, siempre hallándose un adecuado alfa de Cronbach. Por ejemplo, en jóvenes con problemas de adicciones, el coeficiente puntuó con .60 (Romero, 2007), en adolescentes varones institucionalizados por situación de abandono puntuó con .78 (Espinoza, 2016), y en estudiantes universitarios con .78 (Terry, 2008)

En la presente investigación, se realizó un análisis de consistencia global; encontrando que el coeficiente alfa de Cronbach puntuaba .78. Ello apunta a que lo hallado a través de este instrumento resulta estadísticamente confiable.

Análisis de datos

Se creó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 22.0, donde se introdujo la información recogida de los 50 casos. Para la evaluación de la calidad de los datos, se realizó un doble ingreso y revisión aleatoria de protocolos. En primer lugar, se verificó la confiabilidad de las puntuaciones a través del método de consistencia interna alfa de Cronbach (Apéndice D). Posteriormente se exploró la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad, con el estadístico Shapiro-Wilk (Apéndice E).

En el caso del COPE 60, se halló una distribución paramétrica en las estrategias de *afrontamiento activo*, *planificación*, *aceptación*, *enfocar y liberar emociones* y *búsqueda de apoyo social por razones emocionales*. Las escalas que mostraron una distribución no paramétrica fueron *reinterpretación positiva* y *crecimiento*, *desentendimiento conductual*, *negación*, *afrontamiento religioso*, *uso del humor* y *uso de sustancias*. Para el caso de la EAG, los datos de esta escala mostraron una distribución paramétrica.

Para responder al objetivo principal, se exploró la relación entre la autoeficacia percibida y las estrategias de afrontamiento a través del estadístico de correlación de Pearson (Field, 2013). Por otro lado, para el primer objetivo específico se calculó la media y desviación estándar de cada una de las quince estrategias de afrontamiento.

En lo que refiere al segundo objetivo específico, las variables “edad” y “tiempo de diagnóstico” se analizaron a partir del coeficiente de correlación de Pearson; y las variables “nivel de instrucción” y “situación de pareja” se agruparon en (1) escolaridad incompleta o (2) escolaridad completa y (1) con pareja actual o (2) sin pareja actual respectivamente. Para estas últimas se llevó a cabo una comparación de medias mediante los estadísticos T-de Student y U de Mann Whitney.



Resultados

Esta sección se organizará en función a los objetivos que se plantearon en este estudio. Primero se expondrán las correlaciones halladas entre el nivel de autoeficacia y las estrategias de afrontamiento, y luego se describirá el uso de estrategias en la muestra. Por último, se muestran los hallazgos acerca del comportamiento de los constructos respecto a las variables demográficas.

Para el objetivo principal, solo se consideraron aquellas escalas que fueron confiables. Se encontraron correlaciones directas, significativas y en su mayoría grandes entre cinco estrategias de afrontamiento y la autoeficacia (Tabla 1).

Tabla 1

Correlaciones entre estrategias de afrontamiento y autoeficacia

Estrategias	Autoeficacia
Afrontamiento activo	.59**
Planificación	.59**
Reinterpretación positiva y crecimiento	.62**
Aceptación	.35*
Enfocar y liberar emociones	.28
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	.16
Desentendimiento conductual	.02
Negación	.28
Afrontamiento religioso	.25
Uso del humor	.55**
Uso de sustancias	-.05

N= 50 *p<0.05 **p<0.01

A través de los objetivos específicos, se pretende (1) describir el comportamiento de las estrategias de afrontamiento en la muestra y (2) conocer si las escalas de afrontamiento y autoeficacia se relacionan con ciertas características sociodemográficas de las participantes.

Las estrategia *acudir a la religión* (M= 12.76, D.E.= 3.24) fue utilizada en gran medida por las participantes, seguida de la estrategia de *reinterpretación positiva y crecimiento* (M= 12.16, D.E.= 2.90). Por otro lado, la estrategia *uso de sustancias* (M=4.35, D.E.= 1.64) fue usada con menor medida en el grupo de participantes.

Para el caso de la edad de las participantes, esta variable correlacionó positivamente con las estrategias de *afrontamiento activo* ($r = .338, p < 0.01$), *reinterpretación positiva y crecimiento* ($r = .336, p < 0.01$) y *acudir a la religión* ($r = .432, p < 0.01$). En lo que refiere al constructo de autoeficacia, este correlacionó positivamente con la edad de las participantes ($r = .362, p < 0.01$).

Finalmente, las variables “grado de instrucción”, “situación de pareja” y “tiempo de diagnóstico”, no se relacionaron significativamente con ninguna de las estrategias de afrontamiento ni con la autoeficacia percibida (Apéndice F).



Discusión

En un país donde la prevención oncológica no es la prioridad de muchos, y en medio de un instituto oncológico que recibe a la mayoría de pacientes en estadios clínicos avanzados o terminales, se pudo identificar a un grupo de 50 mujeres que previene el tipo de cáncer más incidente del Perú a través del tratamiento para la displasia cervical. Si bien estas personas se encuentran en una etapa de prevención, ello no quiere decir que gozan plenamente de salud ni mucho menos que experimentan pocos estresores. Por ejemplo, al momento de la aplicación se observó que no todas conocían de qué se trataba su diagnóstico, y lidiaban con la incertidumbre de si padecían de cáncer o no. También, se sabe que las mujeres enfrentadas al diagnóstico y tratamiento de displasia cervical atraviesan problemas asociados a la salud, sexualidad, malestar físico, estigma, afectividad negativa y conflictos de pareja (Karasz, McKee & Roybal, 2003; Ashing-Giwa et. al, 2004; García et. al, 2011; Sánchez, 2012; Cendejas, 2014; Nagele et al, 2016). Lamentablemente, esta población no ha sido muy estudiada, y es poco lo que se sabe acerca los recursos que utiliza para lidiar con dichos estresores.

Ante ello, surge el interés por explorar los constructos de afrontamiento y autoeficacia, que han mostrado ser muy relevantes para comprender el proceso de adaptación a enfermedades oncológicas y otras situaciones de vulnerabilidad (Kynğäs et. al, 2001; Rubin & Tripsas, 2010; García et. al, 2011; Baiocchi, Lugo, Palomino & Tam, 2013; Bellinger, Millerga & Abdalla, 2014).

En referencia al objetivo principal se encontró que, de las once estrategias confiables, cinco correlacionaron de manera directa con la autoeficacia percibida. Estas fueron *afrontamiento activo, planificación, aceptación, reinterpretación positiva y crecimiento, y uso del humor*.

Podría decirse que algo que comparten las tres primeras es el esfuerzo que invierte la persona en modificar una situación estresante mediante el control activo sobre el problema, lo que va de la mano con el concepto de autoeficacia, que es sentir que uno cuenta con la capacidad de influir en los resultados de dicho problema (Bandura, 1999). Además, se ha mencionado que la autoeficacia es un predictor importante de la motivación para actuar y predispone a los individuos a elegir y mantenerse en tareas más desafiantes (Locke & Latham, 1990). La relación de estas tres estrategias con la autoeficacia coincide con los hallazgos de estudios anteriores, que concluyen que una adaptación saludable al problema parte de sentirse autoeficaz y usar estrategias dirigidas

a modificar la situación problemática (Alcalde, 1998; Yang et. al, 2010; Cristovao, 1999; Sjudén y Lindqvist, 2000 en Contreras 2008; Luszczynska et al, 2005).

En el contexto de la displasia cervical, tener un control activo sobre el problema podría referirse a una serie de acciones: desde programar las citas médicas, asistir puntualmente, hacer largas cola, someterse a procedimientos invasivos, e incluso cambiar ciertos estilos de vida a otros más saludables. Por ello podría decirse que es importante que la agencia mostrada mediante estas conductas activas se relacione con la confianza o sensación de poder lograrlo exitosamente.

Sin embargo, se sabe que ninguna de estas acciones devienen en una cura inmediata de la displasia, e incluso se sabe que, antes de que una mujer sea totalmente dada de alta del servicio, pueden pasar muchos años. Así, si bien en esta muestra las estrategias activas correlacionan con la autoeficacia y parecen devenir en un incremento del sentido de agencia y autocuidado, el control activo sobre el problema no llegaría a ser un recurso absoluto para responder a la amenaza total de la enfermedad.

Es en ese sentido que se entiende la relación de la *reinterpretación positiva y crecimiento* con la Autoeficacia. Esta estrategia está ligada a darle un nuevo sentido a aquellas emociones negativas originadas por una situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984) y se cree que para ello, una persona necesitaría una mínima percepción de control subjetiva sobre los afectos. Esto podría partir de percibirse autoeficaz para pensarlos, sostenerlos, nombrarlos, compartirlos y resignificarlos. Al pensar que las emociones negativas que devienen del diagnóstico de displasia fluctúan en un plano subjetivo, es evidente que la persona que las experimente no se beneficiaría demasiado de trabajarlas intentando modificar el problema de origen, sino más bien centrándose en estas emociones: reconocerlas, expresarlas y finalmente darles un nuevo sentido.

Por tanto, no resulta curioso que esta estrategia fuera la segunda usada con mayor frecuencia por estas participantes, cuyo diagnóstico se ha asociado con múltiples emociones negativas como vergüenza, miedo, estigma e incertidumbre. Además, al ser la displasia una enfermedad que tomará muchos años en lograr una remisión completa -y no hay mucho que se pueda hacer para cambiar esta situación-, resignificar las emociones que acompañan la enfermedad podría resultar una forma de afronte saludable.

En el caso del *uso del humor*, los autores que la señalan como estrategia de afrontamiento no han llegado a un consenso respecto a si su uso es adaptativo o no.; y ha sido escasamente desarrollada a nivel teórico. Por ello, surge la necesidad de conocerla a partir de lo planteado por otros autores. Freud (1905) propuso el chiste como una forma

de obtener descargas y gratificación a partir de una transformación inconsciente de las experiencias dolorosas, además de lograr un goce importante en su comunicación a la otra persona. Martin (2003) considera el humor como un proceso mental inherente a la especie humana, útil para crear, percibir y disfrutar determinados estímulos; además de facilitar las relaciones sociales. Por tanto, se podría hipotetizar que – a partir de su relación directa con la autoeficacia - la estrategia *uso del humor* podría estar midiendo algo similar a lo planteado por ambos autores respecto al chiste y al humor; resultando tal vez una forma útil para lidiar con la situación de amenaza a través de una búsqueda constante de vivencias positivas dentro de un panorama estresante y caótico.

Tras haber discutido brevemente las cinco estrategias que correlacionaron con el sentido de autoeficacia, encontramos que cada una de ellas, sea a través de un manejo directo sobre la situación o de sus efectos en la vida psíquica, coinciden con una percepción subjetiva de control y agencia. Ello va de la mano con el concepto de autoeficacia, en medida que refiere a una construcción subjetiva de capacidad de injerencia sobre situaciones desafiantes.

Más aún, estas correlaciones cobran singular importancia al aterrizarlas a la muestra estudiada, donde existe un diagnóstico y tratamiento que modifican el estilo de vida: acudir a consultas, hacer largas colas, cambiar estilos de alimentación, tener mayores cuidados, etc.; y un tratamiento basado en procedimientos bastante invasivos donde participa tanto el médico como su equipo (residentes, internos, enfermeras). Así, podría resultar fundamental que estas personas perciban cierto control, capacidad de llevar a cabo y mantenerse en todos los cambios necesarios.

Dicho esto, llama a la atención que la mayoría de participantes reportara un uso “muy frecuente” en *acudir a la religión*, cuando se ha discutido numerosas veces que esta estrategia podría ser una forma de depositar el control de la situación en un agente externo y directivo. A nivel conceptual, esta escala es una de las que ha generado mayor controversia entre diferentes autores. Originalmente, Carver, Scheier y Weintraub (1989) la conceptualizan como una táctica para emplear la religión en momentos de estrés; pudiendo servir para obtener soporte emocional, o como vehículo de reinterpretación y crecimiento o afrontamiento activo. Pargament (1998), quien se centra en el estudio de esta estrategia en base a lo planteado inicialmente por sus creadores, encuentra subdimensiones que van desde la evitación, estilo colaborativo y estilo auto dirigido (Pargament, 1997 en Quiceno y Vinaccia, 2009).

En efecto, esta estrategia no establece diferencias entre dos conceptos muy distintos: la espiritualidad y la religiosidad. La primera se conceptualiza como la integración con la vida y el mundo (Soeken, 1997 en Rivera-Ledesma & Montero, 2005) que trasciende lo biológico y psicológico (Mauritzen, 1988 en Rivera-Ledesma & Montero, 2005) y resulta precursor del bienestar mental (Bienenfeld, Koenig, Larson & Sherril, 1997) y emocional de los enfermos (Koenig, McCullough & Larson, 2001). La segunda contempla ritos sociales de carácter directivo que buscan la experiencia con lo divino (Preteet, 1994); y muchas son las fuentes sostienen que la religiosidad no parece traer beneficios para la salud mental (Rivera-Ledesma & Motero, 2005), mucho menos en situaciones de amenaza (Cass & Moore, 2006).

En algunas investigaciones con pacientes oncológicos peruanos se ha hipotetizado acerca de la relación que puede tener esta estrategia con la búsqueda de soporte social (Valiente & García, 2010) para seguir viviendo, salir adelante y sobrellevar una enfermedad al dotarla de más sentido (Trigoso, 2012). Esto podría estar indicando que, de cierta manera, una persona que acude a la religión deposita parte del control de su enfermedad en algo externo que percibe como soporte. Ello no sería exclusivo del vínculo con lo espiritual, sino también de las relaciones que establece la paciente con el personal de salud (enfermeras, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). Por otro lado, es necesario entender el uso frecuente de esta estrategia en el contexto cultural de un país religioso, donde la mayoría de los hospitales públicos cuentan con capilla, imágenes religiosas, voluntarios religiosos, etc.

Definitivamente se trata de una estrategia que debe ser estudiada a mayor profundidad en futuras investigaciones con esta población, y así poder establecer conclusiones más sólidas acerca de su rol facilitador en el manejo de estresores emocionales asociados a la enfermedad.

Antes de pasar al segundo objetivo específico, resulta importante discutir el comportamiento de las estrategias caracterizadas por la evitación respecto a la autoeficacia en esta muestra. Partiendo de que estas contemplan formas de no lidiar con la experiencia problemática ni las emociones negativas desprendidas de ella, se esperaba encontrar que correlacionen de forma indirecta con el nivel de autoeficacia percibida. Sin embargo, lo que se halló fue que ninguna de estas estrategias obtuvo una correlación significativa con la autoeficacia. Así, la ausencia de una relación significativa permitiría postular que, en esta muestra específica, la autoeficacia percibida tiene poco que ver con

que una persona decida o no lidiar en todo momento con la situación desafiante o amenaza.

El uso de una estrategia evitativa no tendría que devenir necesariamente en algo negativo; sobre todo si se observa a la luz de lo planteado por Kleinke (2002), quien postula que una persona se beneficiaría más de la combinación de diferentes estrategias. Además, dadas las circunstancias particulares de la displasia, el uso de algunas estrategias evitativas para afrontar la enfermedad podría llegar a resultar adecuado e incluso adaptativo si es que le permite a la persona un momento saludable para tomar distancia, un respiro, o si la protege de frustrarse por tratar de transformar insistentemente una situación poco modificable e intentando cambiar emociones disfóricas que son completamente adecuadas con sus vivencias.

De este modo, se podría hipotetizar que percibirse autoeficaz y con muchas capacidades para lidiar con el problema y las emociones negativas podría coexistir con que una persona no quiera pensar o actuar sobre el problema por momentos. Por ejemplo, si es que las participantes de este estudio emplean en algún momento formas evitativas respecto a su enfermedad, eso no tendría por qué restarles a la autoeficacia o compromiso que emplean la mayor parte del tiempo, y que las caracteriza para enfrentar activamente su enfermedad, acudiendo a sus controles y sometiéndose a procedimientos incómodos.

En lo que refiere a las variables sociodemográficas, se esperaba que los constructos principales muestren relación con la edad, nivel de instrucción y situación de pareja.

La edad fue la única variable sociodemográfica que mostró relación con los constructos principales, obteniendo una correlación directa con la autoeficacia y con las estrategias de *afrontamiento activo*, *reinterpretación positiva y crecimiento* y *acudir a la religión*. Al pensar que esta muestra incluye a mujeres desde los diecinueve hasta los sesenta años, es inevitable pensar que se trata de un rango de desarrollo que comprende muchísimos de los hitos importantes en la vida de una mujer; como por ejemplo iniciarse en el ámbito laboral, ganar éxito profesional, vida familiar, maternidad, vivencia plena de la sexualidad, etc. Una enfermedad crónica como la displasia podría interrumpir estos hitos de manera abrupta, pudiendo afectar significativamente el desarrollo y la vida de quien la padece.

Por ejemplo, al analizar la relación de la edad y la autoeficacia, en tanto que esta última se basa en la acumulación de experiencias de éxito de la persona, una mujer de mayor edad podría tener mayor posibilidad de contar con un sentido de autoeficacia más

sólido. Por otro lado, Holland y Rowland (1989) describen que a partir de los cuarenta y cinco años, los cambios físicos naturales generan un mayor sentido de vulnerabilidad en la mujer, y la llevan a incrementar conductas activas de monitoreo de enfermedades. Así, pensando en la relación entre edad y *afrontamiento activo*, podría plantearse que para las mujeres de mayor edad no resultaría tan inusual tener que incrementar esfuerzos y acciones concretas para cuidar su salud; mientras que para una persona joven, acudir constantemente a consultas y procedimientos médicos puede suponer una gran interrupción en sus actividades laborales o familiares que podrían estar recién iniciándose.

Por otro lado, la relación de la edad con la estrategia de *reinterpretación positiva* y *crecimiento* cobra mucho sentido a partir de lo señalado por Cérigo (2010), quien encuentra que las mujeres de mayor edad experimentan mayores sentimientos de vergüenza ante la examinación y prueba de Papanicolaou. Si dichos hallazgos estuvieran replicándose en el grupo de mujeres que participaron de este estudio, podría entenderse que las evaluaciones ginecológicas podrían generar mayores emociones negativas conforme al aumento de edad, y el uso de la *reinterpretación positiva* y *crecimiento* funcionaría como mediador de dichas emociones.

La relación directa entre la edad con la estrategia *acudir a la religión* puede ser discutida a partir de factores generacionales o culturales; pero antes de realizar inferencias al respecto, resulta prudente admitir que existe una gran limitación en este estudio que parte de no saber qué dimensión del uso de la religión está midiendo el COPE con esta escala. En ese sentido, resultaría muy diferente discutir una relación entre la religiosidad y la edad o la espiritualidad y la edad.

En lo que refiere al nivel de instrucción, esta muestra se caracterizó por contar con un elevado número de mujeres con escolaridad completa. Dicho hallazgo dificultó en gran medida comparar los grupos según nivel de instrucción, como se pretendía al inicio, debido a que la muestra se distribuye en grupos muy grandes para secundaria y superior completa; y grupos muy pequeños para primaria y secundaria incompleta.

Si estos resultados se observan a la luz de lo señalado por Moreira et. al (2006), quien indica que las mujeres con secundaria completa tienen mayores probabilidades de conocer la asociación entre el VPH y el CCU, quedaría la interrogante de si las participantes contaban con algún conocimiento del VPH, y, en ese caso, si ello fue un factor importante para prevenir el CCU. Esto coincidiría con las conclusiones de muchos autores que argumentan que, a mayor educación, existe mayor conciencia de la

prevención de CCU (Peirson et. al, 2013; Paz Soldan et. al, 2008; Damiani et. al, 2015). Lamentablemente, no existe un instrumento estandarizado que mida el conocimiento del VPH respecto a la prevención del CCU.

Otro resultado interesante fue que los constructos principales no mostraron relación significativa con la variable “situación de pareja”. Si bien son muchas las investigaciones que señalan una relación entre la presencia de una pareja y el afrontamiento en enfermedades crónicas, en la muestra específica de este estudio podría no replicarse dicho hallazgo debido a que las características tan particulares de la displasia complejizan en gran medida la vivencia de las relaciones de pareja. Así, para algunas mujeres, padecer una enfermedad que ha sido transmitida sexualmente pone en riesgo ciertos vínculos estrechos; y, con el fin de no dañarlos, tienden a encubrir cierta información (Vidal, 2002 en Castro & Arellano, 2013). Para otras, obtener un resultado positivo en la prueba de VPH implicó una situación de violencia doméstica por parte de sus parejas (León, Allen & Lazcano, 2010). Otros estudios enfatizan en que la infección por VPH se vivencia como un estigma interno, acompañado de culpa y vergüenza al guardar estrecha relación con la sexualidad, infidelidad y creencias religiosas (Bertram & Magnussen, Castro & Arellano, Phonrat et. al, en Freijomil, 2014).

Respecto a dicho punto, una limitación de esta investigación está en que solo exploró la situación de pareja a partir de presencia o ausencia; mas no se profundizó en explorar la calidad de la misma. Por ello, no se conoce qué tanto la pareja es una fuente de soporte, apoyo, comprensión y armonía en medio del proceso de enfermedad. Por ello, se sugiere que futuras investigaciones exploren con mayor profundidad este tema.

Otra limitación de este estudio fue que las estrategias de *acudir a la religión y uso del humor* no parecen haber sido medidas en toda su complejidad por los instrumentos utilizados. Sin embargo, han demostrado ser estrategias importantes en esta población y por ello es importante comprender su rol con mayor profundidad. Por ello, se recomienda a futuras investigaciones estudiar dichas estrategias mediante una aproximación metodológica distinta en esta población.

Asimismo, se considera que la muestra resultó muy pequeño; y ello tiene que ver con la dificultad que existe para contactar con mujeres que se encuentran en etapas de prevención de CCU frente a aquellas ya diagnosticadas con esta neoplasia. Sin embargo, se sugiere ampliar el número de participantes en futuras investigaciones para asegurar con ello una mayor confiabilidad de las escalas y probablemente otros resultados significativos.

Al pensar en los alcances de este estudio, se considera que el mayor aporte de esta investigación ha sido lograr una primera aproximación a una población muy poco estudiada, y a la vez tan clave en materia de prevención, para conocer como lidian con los estresores propios de su enfermedad a partir de formas situacionales (estrategias) de afrontamiento. Es importante que se continúe investigando acerca de esta población, pues su comportamiento preventivo parece estar marcando una diferencia importante respecto al tipo de cáncer más incidente en el país. Conocer más acerca de sus motivaciones es fundamental porque podría ser la clave para entender qué es lo que las lleva a interesarse y tomar conciencia del cuidado de su salud. Asimismo, saber acerca de sus necesidades podría permitir que las vivencias complejas de este grupo sean vistas y reconocidas, y no dejadas de lado como a veces sucede.

Este estudio trajo algunos beneficios para las participantes, sobre todo al momento de recolectar información. Primero, se identificó que muchas de las pacientes con displasia cervical no conocían de qué se trataba exactamente esta condición, y algunas lo consideraban cáncer. Por ejemplo, en el momento de la aplicación, ninguna de ellas conocía el nombre “displasia”, y llamaban “NIC” a su condición, desconociendo el significado de dichas siglas (neoplasia cervical intraepitelial). A ellas se les facilitó información al respecto y se les ayudó a pensar y organizar las preguntas que les gustaría hacer en su control a su médico tratante. Segundo, se cree que para algunas pacientes, responder estas escalas significó una oportunidad para reflexionar acerca de su enfermedad y el momento que estaban atravesando; así como un espacio para pensarse a sí mismas. De hecho, la mayoría mostró interés en conversar acerca de cómo se habían sentido respondiendo los cuestionarios. Tercero, se les presentó información acerca del servicio gratuito de psicología, del cual ninguna de las cincuenta participantes conocía su existencia; y tres de ellas acudieron a este servicio a solicitar una consulta externa.

Un alcance importante de esta investigación también llegaría al plano de recomendaciones hacia el personal de salud u otros que se relacionen con mujeres que enfrentan un diagnóstico de displasia cervical. Por ejemplo, por lo discutido en relación al reconocimiento y expresión emocional, se recomienda que jamás se desestime el poder que puede tener para estas personas la posibilidad de compartir sus historias y emociones con un otro. La *reinterpretación positiva* implica *crecimiento*, y ningún individuo crece en aislamiento sino en relación con el otro (Winnicott, 1960). Hablar de emociones negativas conlleva a ponerlas en palabras, reconocerlas y tal vez darles un nombre; que son pasos previos y fundamentales para resignificarlas y transformarlas en algo positivo.

Todo lo observado, mencionado y discutido en el proceso de esta investigación permite concluir ciertas ideas acerca de las personas que fueron entrevistadas en este estudio. Primero, que se caracterizan por enfrentar activamente su enfermedad, a pesar de ser esta una condición que difícilmente se puede modificar por completo u obtener una cura inmediata. Segundo, que el mayor porcentaje de ellas muestra una preferencia por lidiar con su enfermedad a través de una combinación de estrategias que, además de ser halladas como óptimas por antiguas investigaciones, correlacionan de manera directa y significativa con la autoeficacia percibida. Esto, más allá de acordar con lo esperado, resulta muy positivo a nivel de recursos que podrían facilitar su adaptación y beneficiar su calidad de vida en medio de numerosos estresores.





Referencias





- Agius, P., Pitts, M., Smith, A. & Mitchell, A. (2010) Human papillomavirus and cervical cancer: status and knowledge amongst a nationally representative sample of Australian secondary school students. Recuperado de: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/Human%20papillomavirus%20and%20cervical%20cancer%20Gardasil%20vaccination%20status%20and.pdf
- Aguilar, A., Pinto, J., Araujo, J., Fajardo, W., Bravo, L., Pinillos, L. & Vallejos, C. (2015). Control of cervical cancer in Perú: Current barriers and challenges for the future (Review). Lima: Oncosalud-AUNA.
- Alcalde, M. (1998). Nivel de autoeficacia percibida y estilos de afrontamiento en estudiantes universitarios de Lima. *Tesis para optar el título de licenciada en Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú.
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E. & Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Publica Mex* 2010;52:544-559
- American Cancer Society (2013) Cáncer de Cuello Uterino (cervical). Recuperado de <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002288-pdf.pdf>
- Ashing-Giwa, K., Kagawa-Singer, M., Padilla, G., Tejero, J., Chhabra, R., Martinez, L. & Tucker, M. (2004) The impact of cervical cancer and dysplasia: a qualitative, multiethnic study. *Psyco-oncology*; 2004;13;709-28. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1704077/>
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino & N., Tam, E. (2013) Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. Servicio de ginecología de un instituto nacional. *Rev enferm Herediana*. 2013;6(1):18-24.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1997). Self efficacy: the exercise of control. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (1999). Auto eficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: Desclee De Brouwer.

- Bardales, E. (2015). Gasto en tratamientos del cancer en el Perú va entre 70, 000 y 600,000 s/. *Gestión*. Recuperado de: <http://gestion.pe/tu-dinero/gasto-tratamiento-cancer-peru-va-entre-s-70000-y-s-600000-2122337>
- Baiocchi, A., Lugo, E., Palomino, N. & Tam, E. (2013) Estilos de afrontamiento en pacientes con cáncer de cuello uterino. (*Tesis de Licenciatura*) UPCH, Lima
- Becerra, I. & Otero, S. (2013) Relación entre Afrontamiento y Bienestar psicológico en pacientes con cáncer de mama. (*Tesis de Maestría*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Bellinger, J., Millega, W. & Abdalla, A. (2014) African-american women's decisions about CCU prevention and control in South Carolina. *Department of Health Services Policy and Management*, University of South Carolina, Columbia.
- Bienenfeld, D., Koenigh, G., Larson, D. & Sherrill, K. (1997) Psychosocial predictors of mental health in a population of elderly women. *American journal of geriatric psychiatry*, 5(1):43-53.
- Brocos, C. (2016) Afrontamiento y autoeficacia en internas en un establecimiento penitenciario modelo de Lima. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica, Lima
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001) Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Rev. Gac. Nac. Salud Pública* 2001; 19(1): 91-101
- Cáceres, E. (2016) Factores de personalidad y estrategias de afrontamiento en jóvenes consumidores de marihuana. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Calvo, A., McCormack, K., McDermott, R., Bryant, C., Coreil, J. & Loseke, D. (2012) Social Construction of Cervical Cancer Screening Among Panamanian Women. *American Journal of Health Education*, 43:3, 153-163,. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1080/19325037.2012.10599232>
- Carver, C. & Scheier, M. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66 (1), 184-195. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/journals/psp/66/1/184.pdf>

- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989) Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 56 267-283.
- Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56 (2), 267-283. Recuperado de: <http://www.psy.miami.edu/faculty/ccarver/documents/p89COPE.pdf>
- Cass, K. & Moore, K. (2006) The role of religious coping in dealing with stressful events. *eOikonomia* 2. Nov 2006.
- Cassaretto, M. & Paredes, R. (2006) Afrontamiento en la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. *Revista de Psicología de la PUCP* Vol. 24, 1, 2006. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337829536005.pdf>
- Castro, M., & Arellano, M. (2010) Acceso a la información de mujeres con VPH, displasia y cáncer cervical in situ. *Salud pública Méx* 52(3). Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342010000300004&script=sci_arttext
- Cendejas, B., Smith-Mccune, K. & Khan, M. (2015) Does treatment for cervical and vulvar dysplasia impact women's sexual health?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2015 Mar; 212(3): 291–297. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4247814/>
- Cerigo, H. (2012). Inuit women's attitudes and experiences towards cervical cancer and prevention strategies in Nunavik, Quebec. *International Journal Of Circumpolar Health* Mar 19; Vol. 71, pp. 17996. Recuperado de <http://web.a.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/ehost/detail/detail?sid=f99a6401-9cc5-4bb6-952f-9a06dfabd78a%40sessionmgr4010&vid=0&hid=4209&bdata=Jmxhbmc9ZXMMmc210ZT1laG9zdC1saXZl#AN=22456050&db=cmedm>
- Chau, C. (1999) Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. (*Tesis de maestría no publicada*). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Chau, C. (2004) Determinants of alcohol use among university students. The role of stress, coping and expectancies. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Chavez, L.R., Hubbell, F.A., Mishra, S.I., Valdez, R.B. (1997). The influence of fatalism on self-reported use of Papanicolaou smears. *Am. J. Prev. Med.* 13 (6), 418.
- Chwalisz, K.; Altmaier, E., & Russell, D. (1992). Causal attributions, self efficacy, cognitions and coping with stress. *Journal of social and clinical Psychology*, 11 (4), 377-400. Recuperado de: <http://crawl.prod.proquest.com.s3.amazonaws.com/fpcache/c8476803c273867a38c94784cbe99e44.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJF7V7KNV2KKY2NUQ&Expires=1478134219&Signature=UDMp1IWE%2F8vOh%2FrOYT6BflatCZw%3D>
- Contreras, F., Espinoza, J., & Esguerra, G. (2008). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Cristovao, F. (1999) Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Journal of Renal Care* 25(4)36-39.
- Cunningham, A., Lockwood, G. & Cunningham, J. (1991) A relationship between perceived self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*. 1991;17:71-78. [PubMed]
- Cuvler, J., Arena, P., Antoni, M. & Carver, C. (2002) Coping and distress among women under treatment for early stage breast cancer: comparing african americans, hispanics and non-hispanic whites. *Psycho-Oncology* 11:495-504 (2002).
- Damiani, G., Basso, D., Acampora, A., Bianchi, C., Silvestrini, G., Frisicale, E., Sassi, F. & Ricciardi, W. (2015) The impact of level of education on adherence to breast and cervical cancer screening: Evidence from a systematic review and meta-analysis. *Preventive Medicine* 81 (2015) 281-289
- Dell D., Chen H., Ahmad F. & Stewart D. (2000) Knowledge about human papillomavirus among adolescents. *Obstet Gynecol* 2000;96:653-6. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11042295>
- Devonport, T. & Lane, A. (2004) Exploring the relationship between self-efficacy and coping amongst undergraduate students. University of Wolverhampton. Recuperado de:

<http://wlv.openrepository.com/wlv/bitstream/2436/3663/1/Exploring+the+relations+hip+pgs+29-33.pdf>

- Devonport, T., Lane, A., Milton, K. & Williams, L. (2003) Self-efficacy as a predictor of strategies used to cope with dissertation stress. Paper presented at the *Annual Conference of the British Psychological Society*, Bournemouth, March 2003.
- Doménech, F. (2006) Stressors, Self-Efficacy, Coping Resources, and Burnout among Secondary School Teachers in Spain. *Educational Psychology* Vol. 26 , Iss. 4,2006. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01443410500342492>
- Egbert, Roxanne & Parrott, R. (2001) Self-Efficacy and Rural Women's Performance of Breast and Cervical Cancer Detection Practices. *Journal of Health Communication*, 6:3, 219-233, DOI: 10.1080/108107301752384415
- El Ibrahim, S. & Pinheiro, P. (2016) The effect of marriage on stage at diagnosis and survival in women with cervical cancer. *University of Nevada*: Las Vegas, NV.
- Espinoza, V. (2016) Bienestar psicológico y autoeficacia percibida en adolescentes institucionalizados por situación de abandono. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- ESSALUD (2011) Guía de practica clínica de cancer de cuello uterino. Gerencia de prestaciones hospitalarias – gerencia central de prestaciones de salud. Lima, Perú.
- Ferlay, J., Shin, H., Bray, F., Forman, D., Mathers, C., Parkin, D. (2008) GLOBOCAN: Cancer incidence and mortality Worldwide: IARC, Lyon. Recuperado de: <http://globocan.iarc.fr>
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics*. UK: Sage.
- Freijomil, C. (2014) Mujeres con displasia de cérvix: significado y experiencias. (*tesis de licenciatura*) Facultade de Enfermaría e Podoloxia. Universidade da Croruña
- Freud, S. (1905) El chiste y su relación con lo inconsciente en Obras completas de Sigmund Freud tomo VIII. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fruin, D. J., Pratt, C., & Owen, N. (1992). Protection motivation theory and adolescents' perceptions of exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 55-69.
- García, G., Joffre, V., Martinez, G., Llanes, A., Reyes, V., Martinez, G. (2011) Perfil afectivo, desesperanza e ideación suicida en mujeres con anormalidad cervicouterina.

- Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, vol. 17(1) 64-73. Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/17/06_maldonado_uterino.pdf
- Geisler S., Speiser S., Speiser, L., Heinza, G. Rosenthal, A. & Speiser, P. (2016) Short-Term Efficacy of Trichloroacetic Acid in the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia. *Obstet Gynecol.* 2016 Feb;127 (2):353-9)
- Heitzmann, C., Merluzzi, T., Jean, P., Roscoe, J, Kirsh, K & Passik, S. (2001) Assessing self-efficacy for coping with cáncer: development and psychometric analysis of the brief versión of the cáncer behavior inventory (CBI-B). *Psychooncology*. 2001 May-Jun; 10(3): 206-217. Recuperado de: <http://europepmc.org/articles/pmc2945365>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio P. (2010). Metodología de Investigación. México D.F.: McGraw – Hill.
- Holland, J. (1998) Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press
- Holland, J., Rowland, J. (1989). Handbook of Psychooncology. Psychological care of the patient with Cáncer. Nueva York: Oxford University Press.
- INEN (2014) Datos Epidemiológicos. Recuperado de: <http://inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html>
- INEN (2015) Estadísticas por asistencia a tratamiento displasia cervical. Departamento de estadística y epidemiología.
- Jayathunge, M., Bowanwatanuwong, C., Maek, W. & Pitisuttithum, B. (2010) Psychosocial burden of abnormal pap smears among HIV-infected woman at Chon Buri hospital, Thailand. *Southeastern Asian J Trop Med Public Health*. Jan; 41(1):224-34
- Kallasmaa, T. & Pulver, A. (2000) The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*. 29, 881-894
- Karasz, A., McKee, D. & Roybal, K. (2003). Woman's Experiences of Abnormal Cervical Cytology: Illness Representations, Care Processes and Outcomes. *Amm Fam Med*. 2003 Nov; 1(4):196-202. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1466604/>
- Kleinke, C. (2002) Coping with life challenges. *Waveleand Press*.
- Koenig, H., McCullough, M. & Larson, D. (2001) Handbook of religion and health. New York: Oxford University Press

- Kumar, M., Path, V., Abul K., Abbas, M., Nelson F., & Aster, J. (2009). Cérvix: premalignant and malignant neoplasias. *Robbins & Cotran Pathologic Basis of Disease*, 8th edición.
- Kuiper, N., Grimshaw, M., Leite, C., & Lirsh, G. (2004). Humor is not always the best medicine: Specific components of sense of humor and psychological well-being. *International Journal of Humor Research* 17(1/2), 135-168.
- Kyngäs, H., Mikkonen, R., Nousiainen, E., Ryttilähti, M., Seppänen, P., Vaattovaara, R. & Jämsä, T. (2001). Coping with the onset of cáncer: coping strategies and resources of Young people with cáncer. *European Journal of Cancer Care*, vol. 10, pp. 6-11.
- Lambert E. (2001) College students' knowledge of human papillomavirus and effectiveness of a brief educational intervention. *Journal Am Board Fam Pract* 2001;14:178–83. Recuperado de: <http://www.jabfm.org/content/14/3/178.long>
- Lazarus, R. (1991). Emotion and adaptation. Nueva York: *Oxford University Press*.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal and Coping. *Springer Publishing Company Inc*, New York.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martinez Roca S.A.
- Lee, Y., Ham, E. & Kim, K. (2001) A Correlational study on uncertainty, coping and depression of Cancer Patients. *Korean Acad Nurs*. 2001 Apr;31(2):244-256. Recuperado de: <https://koreamed.org/SearchBasic.php?RID=1006JKAN/2001.31.2.244&DT=1>
- Lees, B., Erickson, K. & Huh, W. (2016) Cervical cáncer screening: evidence behind the guidelines. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*.
- León, L., Allen, B. & Lazcano, E. (2010) consejería en la detección de VPH como prueba de tamizaje de cáncer cervical. *Salud pública de México*; 2014 Sept;56(5):519-527.
- Lev, E. (1997) Bandura's theory of self-efficacy: applications to oncology. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 1997; 11(1) 21-37.
- Lewis, M. (2004) Análisis de la situación del cáncer cervicouterino en América Latina y el caribe. Washington D.C, Biblioteca Sede OPS.

- Locke, E. A., & Latham, G. P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood Cliffs, New Jersey: *Prentice Hall*
- Luszczynska, A., Scholz, U. y Schwarzer, R. (2005). The General Self-Efficacy Scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139, 5, 439-457.
- Martin, A., Patricia, D., Gwen Larsen, J., & Kelly, W. (2003) Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being. Development of the humor Styles Questionnaire. *Journal of Research in Personality* 37 (1), 48-75
- Maté, M., González, S., Trigueros, M. (2010). El Modelo de Creencias en Salud (Becker 1974; Rosenstock 1974). OCW Universidad de Cantabria Recuperado de: <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i/materiales/bloque-tematico-iv/tema-14.-la-adherencia-al-tratamiento-1/14.4.1-el-modelo-de-creencias-en-salud-becker-1974>
- Mays, R., Zimet, G., Winston, Y., Kee, R., Dickes, J. & Su, L. (2000) Human papillomavirus, genital warts, Pap smears, and cervical cancer: knowledge and beliefs of adolescent and adult women. *Health Care Women Int* 2000;21:361-74.
- Medina, M. (2017) Afrontamiento y Optimismo disposicional en pacientes mujeres con cáncer de mama. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Medrano, M. (2014) Sociocultural and psychological factors that influence the decision of users for taking Pap smear. *Faculty of Obstetrics*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Merluzzi, T. & Martinez, M. (1997). Assessment of self-efficacy and coping with cancer: development and validation of the cancer behavior inventory. *Health psychology* 1997, Vol. 16, No 2, 163-170. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/journals/hea/16/2/163.pdf>
- Moreira, E., Oliveira, B., Ferraz, F., Costa, S., Costa, J. & Karic, G. (2006) Knowledge and attitudes about human papillomavirus, Pap smears, and cervical cancer among Young women in Brazil: implications for health education and prevention. *Int J Gynecol Cancer* 2006, 16, 599-603.
- Mouttapa, M., Park, S., Wu, J., Sablan-Santos, L., DeGuzman J., Quitugua, L., Flores, G., Flores, P., Paige, C., Tui'one, V., Tupua, M., Schmidt-Vaivao, D., Taito, P.,

- Vaikona, E. & Vunileva, I. (2016) Associations Between Women's Perception of Their Husbands'/ Partners' Social Support and Pap Screening in Pacific Islander Communities. SAGE. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2016, Vol. 28(1) 61–71
- Nagele, E., Reich, O., Greimel, E., Dorfer, m., Haas, J. & Trutnovsky, G. (2016) Sexual Activity, Psychosexual Distress, and Fear of Progression in Women With Human Papillomavirus-Related Premalignant Genital Lesions. *The Journal of Sexual Medicine* Feb. 2016, Vol. 13 (2) 253-259. Recuperado de: [http://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095\(15\)00028-4/pdf](http://www.jsm.jssexmed.org/article/S1743-6095(15)00028-4/pdf)
- Obando, R. (2012) Sintomatología depresiva y Afrontamiento en adolescentes escolares de Lima. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- OMS (2012). GLOBOCAN: cervical cáncer. Estimated Incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
- OMS (2016) Human PAPILLOMAVIRUS (HPV) and cervical cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>
- OPS (2013) Prevención y control integrales del cáncer cérvico-uterino: un futuro mas saludable para niñas y mujeres. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85344/1/9789275317471_spa.pdf?ua=1
- Páez, M., Rodríguez-Riveros, M., Kasamatsu, E., Castro, A., Orué, E., Lampert, N., Ruoti, M., Squera, M., Gimenez, G., Mendoza, L., Mongelós, P., Valenzuela, A. & Leguizamón, M. (2016) Conocimientos, actitudes y practicas sobre virus de papiloma humano (VPH) y cáncer de cuello uterino en mujeres de 30 y más años de edad, de un barrio ribereño de Asunción, (Bañado Sur). 2012. *Revista de Universidad Industrial de Santander*. Salus Vol.48 No.1.
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005) Desarrollo Humano. (9na edición). México D.F.: McGraw Hill Interamericana.
- Paredes, M. (2005) Afrontamiento y soporte social en un grupo de pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Pargament, K., Smith, B., Koenig, H. & Perez, L. (1998). Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 37, 710–724.

- Parkin D., Whelan S., Ferlay J., Teppo L. & Thomas D. (2002). Cancer incidence in five continents. Vol. VIII. N.o 155; Lyon: *IARC Scientific Publications*; 2002. Recuperado de <https://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/epi/sp155/CI5V8.pdf>
- Paz-Soldán, V., Lee, F., Carcamo, C., Holmes, K. Garnett, G. & García, P. (2008) Who is getting Pap smears in urban Perú?. *International Journal of Epidemiology* 2008;37:862-69.
- Peteet, J. (1994) Approaching spiritual problems in psychotherapy: A conceptual framework. *Journal OF psychotherapy Practice Research*; 3:237-245
- Peirson, L., Fitzpatrick-Lewis, D., Ciliska, D., Warren, R., (2013). Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. *Syst. Rev.* 2 (35), 1–14. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681632/>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G. & Sarason, B. R. (1991). General and relationship base perceptions of social support: Are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology* 61, 1028-1039.
- Pitts, M. & Clarke, T. (2002) Human papillomavirus infections and risks of cervical cancer: what do women know? *Health Educ Res* 2002;17:706–14. Recuperado de <http://her.oxfordjournals.org/content/17/6/706.long>
- Pontén J., Adami H., Bergström R., Dillner J., Friberg L., Gustafsson L., Miller A., Parkin D., Sparén P. & Trichopoulos D. (1995) Strategies for global control of cervical cancer. *International Journal of Cancer* 1995; 60:1–26. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.2910600102/full>
- Porras C., Rodriguez A., Hildesheim A., Herrero R., Gonzalez P. & Wacholder S. (2009) Human papillomavirus types by age in cervical cancer precursors: predominance of human papillomavirus 16 in young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2009;18(3):863-865.
- Quiceno, M. & Vinaccia, S. (2009) La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. *Diversitas*. 5 (2). Recuperado de: <http://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas/article/view/261/440>

- Ramirez, A., Suarez, L., Laufman, L., Barroso, C. & Chalela, P. (2000) Hispanic women's breast and cervical cancer knowledge, attitudes, and screening behaviors. *American Journal of Health Promotion* 14 (5), 292–300.
- Ramirez, E. (2014). Conocimientos, actitudes y practicas frente a la toma de papanicolau en la poblacion de muejres trabajadoras de la facultad de ciencias edicas de la universidad nacional de la plata. Universidad Nacional de la Plata, La Plata.
- Ramos, A., Martinez, E., Fernandez, S., Del-Pino, R. (2012) Diseo y Validacion de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevencion y promocion de la salud en atención primaria (CAPPAP) *ELSEVIER* vol. 45, 10 514-521. Recupero de [http://resolver.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/openurl?sid=EBSCO%3acmedm&genre=article&issn=15781275&ISBN=&volume=45&issue=10&date=20131201&spage=514&pages=51421&title=Atencion+Primaria+%2f+Sociedad+Española+De+Medicina+De+Familia+Y+Comunitaria&atitle=%5bDesign+and+validation+of+a+questionnaire+on+attitudes+to+prevention+and+health+promotion+in+primary+care+\(CAPPAP\)%5d.&aulast=Ramos-Morcillo+AJ&id=DOI%3a10.1016%2fj.aprim.2013.05.004&site=ftf-live](http://resolver.ebscohost.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/openurl?sid=EBSCO%3acmedm&genre=article&issn=15781275&ISBN=&volume=45&issue=10&date=20131201&spage=514&pages=51421&title=Atencion+Primaria+%2f+Sociedad+Española+De+Medicina+De+Familia+Y+Comunitaria&atitle=%5bDesign+and+validation+of+a+questionnaire+on+attitudes+to+prevention+and+health+promotion+in+primary+care+(CAPPAP)%5d.&aulast=Ramos-Morcillo+AJ&id=DOI%3a10.1016%2fj.aprim.2013.05.004&site=ftf-live)
- Ramos, W. & Venegas, D. (2013). Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013/ Lima: Ministerio de Salud - Dirección General de Epidemiología. Recuperado de http://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis_cancer.pdf
- Reynolds, N., Mrug, S., Wolfe, K., Schwebel, D. & Wallander, J. (2016). Spiritual coping, psychosocial adjustment, and physical health in youth with chronic illness: a meta-analytic review. *Health Psychology Review*. 2016 Jun; Vol. 10 (2). Pp 226-43.
- Rivera-Ledesma, A. & Montero, M. (2005) Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud mental* 2005 28(6)
- Rodríguez, C. (2016) Afrontamiento y CVRS en pacientes migrantes con cáncer de mama. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Rojas, R. (2016). Calidad de vida relacionada a la salud y Afrontamiento en pacientes con cáncer gastrointestinal. (*Tesis de Licenciatura*) Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Romero, M. (2007). Percepción de autoeficacia en un grupo de varones dependientes principalmente de pasta básica de cocaína. *Tesis para optar el título de*

- licenciado en Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú.
- Romero, S. (2009) Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia nerviosa. *(Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú*, Lima.
- Rubin, M. & Tripsas, C. (2010). Perceived uncertainty, **coping** strategies, and adaptation in women with human papillomavirus on pap smear. *Journal Low Genital Tract Diseases*. 2010 Apr;14(2):81-9.
- Salomon, D., Dayvey, D., Kurman, R., Moriarty, A., Dennis, O., Presa, m., Raab, s., Sherman, M., Wilbur, D., Wright, T. & Young, N. (2001). El sistema Bethesda 2001. *JAMA* 2002; 287:2114-2119. Recuperado de: <http://www.ladipap.com/docs/El-Sistema-Bethesda-2001.pdf>
- Sanchez, B., Monserrath, Y., De la Cruz, M. & Yasmine, E. (2014). Barreras que enfrentan las mujeres de 40 a 65 años que acuden a la consulta de ginecología de la Unidad Metropolitana de Salud Sur para la realización de la citología cervicouterina y la comprensión del cáncer de cervix comparadas con las mujeres de 21 a 39 años. Recuperado de: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/10814>
- Sanchez, J. (2012) Afectividad a través del psicodiagnóstico de Rorschach en pacientes con displasia cervical en una institución de Salud especializada de Lima Metropolitana. Universidad Cesar Vallejo, Lima.
- Schiffman M., Castle P., Jeronimo J., Rodriguez A. & Wacholder S. (2007) Human papillomavirus and cervical cancer. *Lancet* 2007;370(9590):890-907.
- Schiffman, M., Herrero, R., Desalle, R., Hildesheim, A., Wacholder, S. & Rodriguez, A., (2005) The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. *Virology* 2005;337(1):76-84.
- Schwarzer (1997). Self Efficacy. Recuperado de: www.fu-berlin.de/gesund/
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995) Self-Efficacy and Health Behaviours. Freie Universität Berlin. Recuperado de: <http://userpage.fu-berlin.de/~gesund/publicat/conner9.htm>
- Silva, I., Quintero, C. & Trejo, P. (1993). Factores Relacionados con la Aplicación del tratamiento en papanicolaou anormal y en displasias cervicales. (Tesis de Maestría en Ciencias de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León)

- Simon, C. (2006). Breast cancer screening: cultural beliefs and diverse populations. *Health Society Work* 31 (1), 36–43.
- Solomon D., Davey D., Kurman R., Moriarty A., O'Connor D. & Prey M., (2002). The 2001 Bethesda System: terminology for reporting results of cervical cytology. *JAMA* 2002; 287 (16): 2114-2119. Recuperado de: http://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/File/Solomon_2001%20Bethesda%20System.pdf
- Strecher, V., McEvoy, B., Becker, M. & Rosenstock, I. (1986). The Role of Self-Efficacy in Achieving Health Behavior Change. *Health Education and Behaviour* March 1986 13: 73-92. Recuperado de: <http://heb.sagepub.com/content/13/1/73.refs>
- Tateishi, V. (2011). Estilos de humor y sintomatología depresiva en pacientes con cáncer de mama. *Tesis para optar el título de licenciada en Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú.
- Telch, C. & Telch, M. (1986) Group skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: A comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1986;54:802–808. [PubMed]
- Terry, L. (2008). Hábitos de estudio y autoeficacia percibida en estudiantes universitarios, con y sin riesgo académico. *Tesis para optar el título de licenciada en Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*. Lima, Perú.
- Torrejón, C. (2011) Ansiedad y Afrontamiento en Universitarios Migrantes (*Tesis de Licenciatura*). *Pontificia Universidad Católica del Perú*, Lima.
- Trigoso, V. (2012). *Ajuste mental al cáncer y bienestar psicológico en pacientes oncológicos adultos*. Tesis de maestría. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima-Perú.
- Valiente, C. & García, E. (2010) La religiosidad como factor promotor de salud y bienestar para un modelo multidisciplinar y atención psicogeriatrica. *Psicogeriatrica*, 2(3), 153-165. Recuperado de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/140-2013-10-04-documento25550.pdf>
- Varela, S. (2005) Citología Cervical: Revisión Bibliográfica. *Revista médica de Honduras* 2005;73: 131 – 136
- Vidal, P. (2002) “La identidad estigmatizada” *Polis Revista de la Universidad Bolivariana*. Volumen 1, número 003, pp. 1-9.

- Winkler J., Lewis K., Del Aguila R., Gonzales M., Delgado J., Tsu V. & Sellors J. (2008) Is magnification necessary to confirm visual inspection of cervical abnormalities? A randomized trial in Peru. *Revista Panameña de Salud Publica* 23: 1-6, 2008.
- Winnicott, D.W. (1960). The Theory of the Parent-Infant Relationship. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41:585-595
- Won, H. (2012). Knowledge about human papillomavirus (HPV), and health beliefs and intention to recommend HPV vaccination for girls and boys among Korean health teachers. *Vaccine* 30 (2012) 5327-5334). Recuperado de http://ac.els-cdn.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/S0264410X12009061/1-s2.0-S0264410X12009061-main.pdf?_tid=046bb83e-8b12-11e6-a44f-00000aab0f02&acdnat=1475682198_a76d804dd6b3d1bcce862e471d4d9b00
- Yang, J., Yang, Y., Liu, X., Tian, J., Zhu, X. & Miao, D. (2010). Self efficacy, social support and coping strategies of adolescent earthquake survivors in China. *Social behavior & Personality: an international journal*, 28 (9), 1219-1228. Recuperado de: <http://www.ingentaconnect.com/content/sbp/sbp/2010/00000038/00000009/art00007>
- Young, K. (1967) *Psicología de las Actitudes*. Buenos Aires: Paidós.
- Zamorano, T. (2017) *Autorregulación emocional y estilos de afrontamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad. (Tesis de Licenciatura) Pontificia Universidad Católica del Perú*, Lima.



Apéndices



Apéndice A

Consentimiento Informado

La presente investigación es conducida por Maria Paz Lancho Bances, estudiante de la especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú, bajo la dirección de la profesora Viviana Trigoso. El objetivo de este estudio es conocer las distintas formas de percibir y resolver los problemas, y la evaluación de las propias capacidades para hacerlo.

De ser el caso que usted desee participar del estudio, se le pedirá responder una ficha de datos y dos cuestionarios en un tiempo aproximado de 45 minutos. La información que brinde en ellos será utilizada de forma confidencial y únicamente para los fines de esta investigación.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. Si tiene alguna duda durante su participación, puede hacer las preguntas que considere necesarias. Igualmente, usted es libre de retirarse en cualquier momento, sin que eso la perjudique de alguna manera. No habrá una devolución de la información recogida luego de este proceso.

Ante cualquier duda, contactar con la Mg. Viviana Trigoso por medio del correo electrónico viviana.trigoso@pucp.pe o con Maria Paz Lancho paz.lancho@pucp.pe. Se agradece de antemano su participación.

Deseo participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Maria Paz Lancho Bances. He sido informada de la meta de este estudio, que es conocer las distintas formas de percibir y resolver los problemas, y la evaluación de las propias capacidades para hacerlo.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a María Paz Lancho Bances al teléfono 942606288.

Para respuestas a las preguntas sobre los derechos de los participantes, contactar con el Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del INEN: Arístides Juvenal Sánchez Lihón, y los siguientes datos del CIEI: teléfono 201-6500, anexo 3001 y correo electrónico: comité_ética@inen.sld.pe.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada.

Firma del participante

Firma de la estudiante

Fecha

Apéndice B**Ficha de Datos**

1. Edad: _____

2. N° de historia clínica: _____

3. ¿Tiene usted una pareja estable?

SI:	Casada	Conviviente	En una relación
NO:	Soltera	Separada/ Divorciada	Viuda

4. Grado de instrucción:

Primaria		Secundaria		Superior	
Completa	Incompleta	Completa	Incompleta	Completa	Incompleta

5. Lugar de nacimiento

Lima ____ Provincia ____ ¿Cuál? _____

6. ¿En qué lugar residía cuando fue diagnosticada con displasia?

Lima ____ Provincia ____ ¿Cuál? _____

*En caso de haber marcado “Provincia”, especificar:

Vengo por tratamiento	Si	No
Familiar(es) vinieron conmigo	Si	No

8. ¿Tiene hijos? Si ____ No ____

9. Especifique de acuerdo a su diagnóstico

Grado de displasia	NIC I		NIC II		NIC III
Tratamiento	Control PPN	LEEP	Crioterapia		Intervención quirúrgica

12. Además del diagnóstico actual de displasia, ¿ha tenido o tiene ud. algún otro diagnóstico médico?

Si	
No	

De marcar sí, especifique cual(es): _____

13. ¿Ud. se encuentra laborando actualmente? Sí ____ No ____

14. Tiempo de Diagnóstico ____ año(s) ____ mes(es) ____ día(s)

Apéndice C**Características sociodemográficas y de condición de enfermedad de la muestra**

Característica	Categorías	n	Porcentaje
Edad	19 – 40 años	27	54
	41 – 60 años	23	46
Situación de pareja	Con pareja	34	68
	Sin pareja	16	32
Nivel de Instrucción	Primaria Incompleta	2	4
	Primaria Completa	7	14
	Secundaria Completa	27	54
	Superior Completa	14	28
Lugar de Nacimiento	Lima	29	58
	Provincia	21	42
Lugar de Residencia	Lima	37	74
	Provincia	13	26
Hijos	Sí	40	80
	No	10	20
Grado NIC	NIC I	7	14
	NIC II	21	42
	NIC III	21	42
Tratamiento	Control PPN	7	14
	Cono LEEP	28	56
	Cono Frío	6	12
	Intervención Quirúrgica	9	18
Otro diagnóstico	Sí	4	8
	No	46	92
Labora	Sí	26	52
	No	24	48
Tiempo de diagnóstico	2 meses a 1 año	22	44
	1 año a 3 años	19	38
	3 años a más	9	18

Apéndice D**Análisis de confiabilidad****Tabla D1**

Análisis de fiabilidad de la escala general de autoeficacia

	Alfa de Cronbach	Número de ítems
Autoeficacia	.78	10

Tabla D2

Consistencia interna de la escala general de autoeficacia

	Número de ítem	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Autoeficacia	Ítem 1	.36	.78
	Ítem 4	.32	.78
	Ítem 7	.32	.78
	Ítem 13	.42	.76
	Ítem 16	.49	.75
	Ítem 25	.67	.73
	Ítem 19	.50	.76
	Ítem 22	.45	.76
	Ítem 10	.37	.77
	Ítem 28	.60	.74

Tabla D3

Análisis de fiabilidad de la escala de afrontamiento

	Alfa de Cronbach	Número de ítems
Afrontamiento activo	.629	4
Planificación	.714	4
Restricción del afrontamiento	.453	4
Supresión de actividades competentes	.532	4
Reinterpretación positiva y crecimiento	.763	4
Aceptación	.669	4
Enfocar y liberar emociones	.675	4
Búsqueda de SS por razones instrumentales	.586	4
Búsqueda de SS por razones emocionales	.737	4
Desentendimiento mental	.451	4
Desentendimiento conductual	.665	4
Negación	.736	4
Afrontamiento Religioso	.771	4
Uso del humor	.909	4
Uso de sustancias	.885	4

Apéndice E**Prueba de normalidad Shapiro-Wilk para escalas**

Escalas	Estadístico	gl	p
Autoeficacia	.962	49	.113
Afrontamiento activo	.971	49	.271
Planificación	.967	49	.176
Reinterpretación positiva y crecimiento	.943	49	.020
Aceptación	.961	49	.101
Enfocar y liberar emociones	.966	49	.160
Búsqueda de SS por razones emocionales	.956	49	.064
Desentendimiento conductual	.907	49	.001
Negación	.938	49	.013
Afrontamiento Religioso	.877	49	.000
Uso del humor	.818	49	.000
Uso de sustancias	.371	49	.000

Apéndice F

Resultados no significativos

Tabla F1

Diferencia de medias de estrategias del COPE y EAG según situación de pareja

Constructos principales	Con pareja (n=34)		Sin pareja (n=16)		T-student	
	M	DE	M	DE	t	p
EAG	3.21	.49	3.18	.38	.18	.85
Afrontamiento activo	10.12	3.04	10.06	2.86	.06	.95
Planificación	10.76	2.88	9.88	2.55	1.04	.30
Aceptación	10.88	3.20	10.44	2.94	.46	.64
Enfocar y liberar emociones	10.24	3.20	9.19	1.94	1.20	.23
Búsqueda de soporte emocional	10.06	3.15	9.31	2.89	.80	.42

Tabla F2

Diferencia de medianas de estrategias del COPE y EAG según situación de pareja

Constructos principales	Con pareja (n= 34)		Sin pareja (n = 16)		U-Mann Withney	
	Me	DE	Me	DE	U	p
Reinterpretación	12.50	3.08	12.00	2.59	261.00	.82
Negación	8.00	3.41	7.50	3.18	261.00	.82
Desentendimiento conductual	6.85	2.85	6.44	2.25	88.00	.68
Acudir a la religión	13.50	3.34	14.00	3.11	254.00	.71
Uso del humor	6.50	4.04	5.00	2.54	220.00	.27
Uso de sustancias	4.00	1.89	4.00	.75	217.50	.06

Tabla F4

Diferencia de medias de estrategias del COPE y EAG según grado de instrucción

Constructos principales	Escolaridad completa (n=41)		Escolaridad incompleta (n=9)		T-student	
	M	DE	M	DE	t	p
EAG	3.38	.54	3.17	.43	1.26	.21
Afrontamiento activo	10.11	4.20	10.10	2.68	.01	.99
Planificación	11.13	3.39	10.34	2.68	.72	.47
Aceptación	10.25	4.62	10.83	2.77	-.48	.63
Enfocar y liberar emociones	9.67	4.27	9.95	2.55	-.27	.79
Búsqueda de soporte emocional	11.75	1.98	9.44	3.10	2.02	.06

Tabla F5*Diferencia de medianas de estrategias del COPE y EAG según grado de instrucción*

Constructos principales	Escolaridad completa (n= 41)		Escolaridad incompleta (n = 9)		U-Mann Withney	
	Me	DE	Me	DE	U	p
Reinterpretación positiva y crecimiento	14.00	4.03	12.00	2.67	158.50	.51
Negación	10.00	4.92	8.00	2.86	146.50	.34
Desentendimiento conductual	7.22	3.99	6.61	2.32	165.500	.63
Acudir a la religión	15.00	4.32	13.00	3.01	139.00	.25
Uso del humor	7.00	5.61	5.00	3.06	145.00	.31
Uso de sustancias	4.00	3.18	4.00	1.14	150.50	.49

Tabla F6*Correlaciones entre constructos principales y tiempo de diagnóstico*

Constructos principales	Tiempo de diagnóstico
Autoeficacia	.13
Afrontamiento activo	.09
Planificación	.01
Reinterpretación positiva y crecimiento	.14
Aceptación	.14
Enfocar y liberar emociones	.01
Búsqueda de soporte social por razones emocionales	-.20
Desentendimiento conductual	.09
Negación	.06
Afrontamiento religioso	.08
Uso del humor	-.06
Uso de sustancias	-.07

N= 50 *p<0.05